

УДК 616.314.22-089.844:616.716.4-001.5

Н.Б.Кузняк, П.П.Перебийніс, Р.В.Фелонюк, Н.В.Лобжанідзе*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології (зав. – доц. Н.Б.Кузняк) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТОГО ПРИКУСУ, СПРИЧИНЕНОГО НЕПРАВИЛЬНОЮ КОНСОЛІДАЦІЄЮ ПЕРЕЛАМАНОЇ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Резюме. Наведено клінічний випадок лікування ускладненого перелому нижньої щелепи. Виконано остеосинтез неконсолідованого перелому нижньої щелепи справа та суглобового відростка зліва титановими міні-пластинами “Trigon”.

Ключові слова: перелом щелепи, остеосинтез, іммобілізація.

Відновлення анатомії та функції кісток лицевого скелета – головне завдання щелепно-лицевого хірурга при лікуванні переломів будь-якої локалізації [1]. Сучасний рівень розвитку щелепно-лицевої хірургії (наявні стандарти і схеми консервативного та оперативного лікування, антибактеріальна терапія тощо) забезпечує загоєння кісткової тканини первинним натягом при типовому травматичному пошкодженні [2, 3]. Проте у клініці часто трапляються переломи кісток щелеп з неправильною консолидацією. Нерідко це пов'язано з несвоєчасним зверненням пацієнтів, недотриманням рекомендацій лікаря, але й ятрогенний фактор буває присутнім [1, 4]. Наводимо власне спостереження.

У відділення хірургічної стоматології обласної клінічної лікарні м. Чернівці звернувся хворий Р., 27 років, через сім тижнів після отримання травми зі скаргами на косметичний дефект та неможливість закривання рота в повному обсязі (рис. 1). Після збору анамнезу стало відомо, що хворий у день травми був шпиталізований у відділення щелепно-лицевої хірургії одного з обласних центрів, де лікувався протягом двох тижнів. Через чотири тижні з моменту отримання травми було знято назубні шини. Хворий помітив, що зубні ряди не змикаються, а через три тижні звернувся за консультацією.

На підставі клініко-анамнестичних даних та додаткових методів дослідження встановлено діагноз – двобічний неправильно консолидований перелом нижньої щелепи: ментальної ділянки справа та суглобового відростка зліва; відкритий прикус.

Рентгенологічна діагностика проводилася на конусно-променевому томографі Gendex 500. Дані рентгенологічного обстеження наведені на



Рис. 1. Внутрішньоротовий огляд, стан прикусу (4 тижні з моменту отримання травми).

рисунку 2, де чітко визначається відсутність правильної консолидації. Враховуючи клініко-анамнестичні дані, можливість проведення консервативного лікування була виключена.

Оперативне втручання проводилося під потенційованою місцевою анестезією. Необхідність саме такого методу знеболення зумовлена відсутністю даних про попередній прикус, відсутністю шаблона, по аналогії з ортогнатичними втручаннями, що, на нашу думку, особливо важливо після видалення 43 зуба з лінії перелому.

Після екстракції 43 зуба, провівши парамаргінальний розріз від 41 до 47 та контрапертурний розріз від 41 зуба, забезпечено доступ до пе-

© Кузняк Н.Б., Перебийніс П.П., Фелонюк Р.В., Лобжанідзе Н.В., 2013

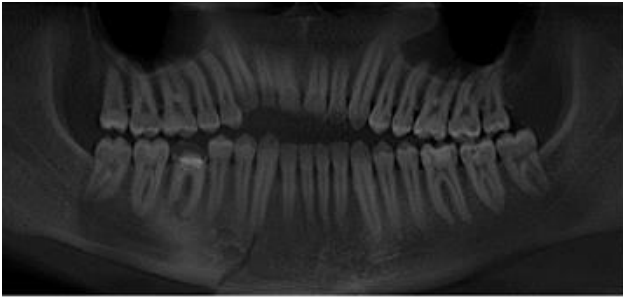


Рис. 2. Рентгенограма хворого Р. (пояснення в тексті).

перелому по лінії ікла. Фрагменти щелепи імібілізовані за допомогою п'єзо-хірургічного апарата "Satelek" та кісткового долота. Проведено ревізію лінії перелому, видалено кісткову мозоль та фіброзну тканину.

Доступ до перелому суглобової голівки був створений позаротовим шляхом. Після адекватної мобілізації відламків щелеп проведено репозицію та фіксацію ортогнатичного прикусу. Інтраопераційно, окрім запланованого остеосинтезу, проведено жорстку фіксацію фрагментів назубними лігатурами, оскільки внаслідок нетривалих функціональних змін суглобова голівка була в нетиповому положенні і, на нашу думку, зміна її положення могла спровокувати анкілотичне зрощення. Окрім назубних лігатур, були використані лігатури на опорних гвинтах, установлених у міжзубних проміжках (рис. 3).



Рис. 3. Назубні лігатури та лігатури на опорних гвинтах, установлених у міжзубних проміжках.

Перелом суглобового відростка зафіксовано титановою пластиною "Trinon" за допомогою 4 гвинтів, перелом по лінії ікла – двома пластинами на 4 та 8 отворів (рис. 4). Рану в порожнині рота зашило PTFE 4/0, на шкірі – пошарово: для внутрішніх швів застосували кетгут 5/0, для шкіри – Prolene 5/0. Після оперативного втручання проведено рентгенологічне обстеження.

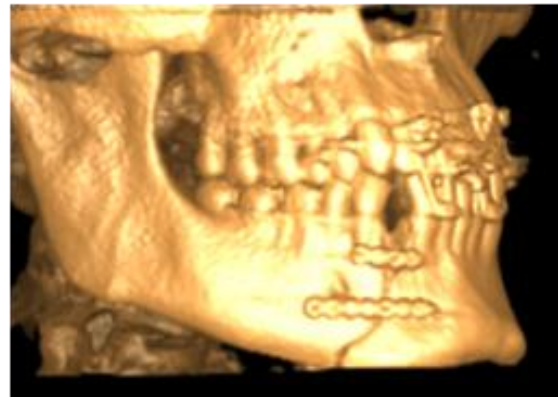


Рис. 4. Перелом нижньої щелепи у хворого Р. (пояснення в тексті).

У післяопераційному періоді пацієнту призначено: аугментин 1000 по 1 табл. 2 рази на день протягом 7 діб, метронідазол 500 по 1 табл. 2 рази на день протягом 7 діб, внутрішньом'язово дексалгін 50 по 2 мл 2 рази на день протягом 3 діб, розчин "Гівалекс" для антисептичної обробки ротової порожнини 4 рази на добу протягом 10 днів. Післяопераційний період перебігав задовільно, шви зі шкіри знято на 6-й день. Набряк зберігався 4 тижні. Лігатури знято на 4-й тиждень, відкривання рота вільне, скарги відсутні.

Отже, при лікуванні переломів щелеп даної локалізації найдоцільнішим методом лікування є остеосинтез з використанням титанових мініпластин, оскільки таке лікування забезпечує найоптимальніші умови для репозиції кісткових фрагментів та консолідації перелому.

Список використаної літератури

1. Timofeev A.A. Osobennosti lechenia bolnih s perelomami nignej chelusti / A.A. Timofeev // *Sovremennaj stomatologia*. – 2006. – № 3. – P. 86-92.
2. Fennis J.P. Mandibular reconstruction: a clinical and radiographic animal study on the use of autogenous scaffolds and platelet rich plasma / J.P. Fennis, P.J. Stoelinga, J.A. Jansen // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 2005. – Vol. 31. – P. 746-752.
3. Nonunion of the mandible: an analysis of contributing factors // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 2000. – Vol. 58. – P. 746-752.
4. Platelet gel biotechnology applied to regenerative surgery of intrabony defects in patients with refractory generalized aggressive periodontitis / V.S. Orlando, R. Panzoni, P.F. Orlando // *Minerva Stomatol.* – 2010. – Vol. 52. – P. 401-412.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА, ВЫЗВАННОГО НЕПРАВИЛЬНОЙ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМАННОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Резюме. Приведен клинический случай лечения осложнённого перелома нижней челюсти. Произведен остеосинтез неконсолидированного перелома нижней челюсти справа и суставного отростка слева титановыми мини-пластинами “Trinon”.

Ключевые слова: перелом челюсти, остеосинтез, иммобилизация.

SURGICAL TREATMENT OF THE OPEN BITE DUE TO INCORRECT CONSOLIDATION OF A FRACTURE OF THE LOWER JAW

Abstract. An example of a clinical case of treating a complicated fracture of the lower jaw is presented. An operation of osteosynthesis of an unconsolidated fracture of the lower jaw and the articular process on the left by titanium micro-plates “Trinon” has been performed.

Key words: lower jaw fracture, osteosynthesis, immobilization.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 12.04.2013 р.